

Tratto da "Famiglia Cristiana" anno 2008

di Luciana Saibene - foto di Paolo Ferrari

MEDICINA

LA TECNICA VIDEO-ENDOSCOPICA SI STA AFFERMANDO ANCHE NEL NOSTRO PAESE

IL CHIRURGO GENTILE

"Niente più grandi ferite e dolori postoperatori. Basta un forellino, attraverso cui si introducono un microscopico, apparecchio a fibre ottiche collegato a una video-camera e delle cannule per far passare gli strumenti miniaturizzati".

Cinquecento interventi laparoscopici l'anno e, proprio qualche mese fa, cinque interventi su una stessa paziente eseguiti in meno di due ore. Per calcoli alla colecisti, ernia inguinale bilaterale, prolasso (e miomi) dell'utero e della vescica e cisti ovariche. Il tutto operato attraverso un foro di un centimetro e due di mezzo centimetro. L'esecuzione di più operazioni nello stesso malato è frequente in Chirurgia Laparoscopica: Banding gastrico e Colectomia, Colectomia e Plastica per Ernia inguinale e Ombelicale, ecc... La chiamano anche "Chirurgia Gentile", ma è più corretto chiamarla Chirurgia Mininvasiva o Laparoscopica. È, per intenderci, quella che non comporta grandi tagli, né divaricazioni dei bordi della ferita, ma piccoli fori da mezzo a un centimetro di diametro. Se praticata nella cavità addominale si dice laparoscopica, se invece riguarda la cavità toracica si dice toracosopia. In generale, si potrebbe parlare di chirurgia video-endoscopica.

«Il che sintetizza le modalità con cui questo tipo di interventi si realizzano», spiega il professor Francesco Domenico Capizzi, Direttore della Chirurgia generale dell'Ospedale Maggiore-Bellaria di Bologna, che ha eseguito il plurintervento cui abbiamo accennato. «Visualizzando, cioè, la cavità in questione, o, meglio, il campo d'azione chirurgico, su un monitor. Grazie all'introduzione, di solito attraverso un piccolo foro nell'ombelico, di un microscopico apparecchio a fibre ottiche collegato a una videocamera e di una o più cannule (dette *trocar*) in cui far passare gli strumenti miniaturizzati necessari all'operazione laparoscopica».



Il Prof. Capizzi, al centro, durante un intervento di Chirurgia Laparoscopica (foto Ferrari)

Niente dolori postoperatori

La cavità addominale, chiarisce il Prof. Capizzi, «è in realtà virtuale: perché l'addome è totalmente occupato dagli organi viscerali. Per creare una "camera" si interviene insufflando, a pressione controllata, anidride carbonica sterile, di tipo medicale. Anidride carbonica che il paziente elimina attraverso la respirazione, ma che, in caso di eccesso e di difficoltà di smaltimento, può essere desufflata attraverso una valvola che mette in comunicazione l'esterno con l'interno della cavità in cui si opera».

Da tre a cinque *trocar*, a seconda del tipo di intervento e degli strumenti necessari a eseguirlo: ne bastano tre, di solito, per Colecistectomia, Ernia inguinale bilaterale, Ernia ombelicale, Laparocoele, Appendicectomia; ce ne vogliono cinque, invece, per intervenire su Reflusso gastroesofageo, Ernia iatale, Acalasia, Banding gastrico... Ma a volte ne possono bastare anche due: in alcuni casi di Aderenze.

Ma quali sono i vantaggi del metodo video-endoscopico rispetto a quello tradizionale? Infiniti, sostiene il Prof. Capizzi, «tanto che oggi, laddove il centro chirurgico possiede competenza e strumenti adeguati, su quasi tutte le patologie addominali si deve intervenire in Laparoscopia. Quasi tutte, tranne, per ovvi motivi, le neoplasie avanzate. Con una serie di vantaggi che sono presto detti: innanzitutto l'assenza totale delle sequele connesse con le ferite chirurgiche. Cioè: assenza di stress, di dolore postoperatorio e nessun rischio di suppurazioni delle ferite e di complicanze a distanza (Laparoceli e Sindromi aderenziali in particolare), senza contare la dimissione precoce e l'aspetto estetico. Si opera in un ambiente più sterile: perché la mancanza di contatto fra esterno e interno dell'addome crea un endoblocco operatorio, appunto dentro l'addome, più sterile della camera operatoria. Il che ha come conseguenza minori rischi di infezioni. Minore invasività e minor dolore vogliono dire anche minor stress per il paziente. Con più veloce ripresa postoperatoria e, dunque, dimissioni più rapide. Il tutto con durata dell'intervento laparoscopico pari o inferiore a quello tradizionale ».

Il primo intervento chirurgico in laparoscopia fu eseguito nel 1987 a Lione dal ginecologo Philippe Mouret, che quasi per caso, in fase diagnostica, scoprì in una sua paziente dei calcoli alla colecisti. "E proprio la colecistectomia, primo intervento ad essere eseguito in laparoscopia, è inammissibile oggi eseguirla se non che con questa tecnica, tanto è vero che negli Usa le assicurazioni giungono a non rimborsare il costo dell'intervento se eseguito in modo tradizionale. Anche molti altri interventi devono essere eseguiti in Laparoscopia per patologie quali: Malattia da reflusso gastroesofageo, Ernia iatale (con o senza Esofagiti, Esofago di Barrett), Acalasia esofagea, Obesità, Ernie diframmatiche, Ernie inguinali ed inguinoscrotali, Ernie ombelicali, Laparoceli, Varicocele, Cisti del fegato, Asportazioni della milza, Tumori in I e II stadio del colon-retto, Adenomi del surrene, Sindromi aderenziali, Rettocolite ulcerosa, Morbo di Crohn, se non sussistono controindicazioni specifiche, ecc...".